THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

33

Année 1915 **THÈSE** N°

PRESENTEE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude

DU

SPASME DU COLON

Chez les Enfants

PAR

B. ZLOTNIKOV

Né à SMILOWITCH (Grand Minsk), le 25 janvier 1882

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE VÉNÉRÉS

A MA SŒUR, MON FRÈRE ET BEAU-FRÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIES ET AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Officier de la Légion d'honneur

Qui, en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, a donné un motif nouveau à notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MILHIT

CHEF DE CLINIQUE INFANTILE

Qui a bien voulu nous fournir les éléments de ce travail, en hommage de grande reconnaissance et de très respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur DELBET.

Monsieur le Professeur HAYEM.

Monsieur le Professeur HUTINEL.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD.

Monsieur le Professeur PINARD

Monsieur le Docteur SOUQUES

médecin des hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANCY

Monsieur le Professeur BERNHEIM.

Monsieur le Professeur GROSS.

Monsieur le Professeur WEISS.

Monsieur le Professeur SCHMIDT.

(*In memoriam.*)

Monsieur le Professeur SPILLMANN.

(*In memoriam.*)

Nous tenons à remercier nos maîtres éminents qui nous ont guidés dans nos études, par leur enseignement aussi éclairé que bienveillant. Nous leur gardons un sentiment de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Sous le nom de spasme du colon nous nous proposons d'étudier un complexus symptomatique plus particulièrement observé chez les sujets neuro-arthritiques, à marche intermittente caractérisé essentiellement par de la constipation, vomissements, par des douleurs spasmodiques et par le rejet de mucus se présentant dans les selles sous forme de glaires ou de fausses membranes.

Si dans cette définition nous ne faisons entrer aucune donnée pathogénique et anatomo-pathologique, c'est que rien, dans l'état actuel de la science, ne nous permet d'assigner à cette affection une cause univoque ou des lésions intestinales bien déterminées. C'est du moins l'opinion que nous avons pu nous faire par l'étude critique des observations et des mémoires qui ont été publiés sur ce sujet. (Hutinel, Lesage, Mathieu, Siegfried Wolff). La lecture de ces documents nous a convaincus de la variabilité des allures cliniques de l'entérocolite spasmodique.

Du reste, pour s'en convaincre, on n'a qu'à se rap-

peler la richesse des dénominations employées pour désigner l'affection aujourd'hui connue sous le nom d'entérite entéro-colite ou de colite muco membraneuse.

Aussi malgré le petit nombre d'observations parues ces dernières années sur l'entéro-colite spasmodique nous a-t-il paru intéressant d'en tenter une description clinique et d'en étudier différentes formes.

Dans ce travail nous nous sommes laissés conduire par l'observation seule des faits cliniques. Les matériaux ne nous ont pas manqué en dehors des faits et des mémoires qui enrichissent la littérature médicale.

Dans le service de notre maître, M. le Professeur Hutinel, il nous a été permis d'observer des cas de spasmes du Colon : plusieurs observations nous ont été aussi fournies.

Monsieur Milhit a bien voulu nous aider dans cette tâche ; tous nous ont été d'un grand secours par leur connaissance approfondie de cette affection.

HISTORIQUE

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies intestinales de l'enfance semblent bien avoir entrevu l'affection qui fait le sujet de notre thèse ; mais toutes leurs descriptions sont incomplètes, au moins au point de vue symptomatique. En remontant très haut dans la littérature médicale nous voyons que Morgagni, Fernel, et Wan Swieten ont fait mention de cette maladie. Plus tard, Coplaud parle de fausses membranes souvent assez épaisses qui couvrent parfois en totalité la surface interne de l'intestin.

Roche donne une description sommaire de la gastro-entérite membraneuse à l'état aigu et à l'état chronique mais il a le tort de rapprocher l'entérite membraneuse aigue des affections diphtériques telles que l'angine couenneuse et le croup.

Billard et Valleix semblent avoir confondu les pseudo-membranes avec le muguet.

En 1841 Geadrin reconnaît la vraie nature des pseudo-membranes et l'exprime ainsi : « Le mucus déposé et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro-

intestinale ; acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse qui sont excrétées avec les selles et que l'on rencontre dans les intestins après la mort.

Barrier à propos d'une autopsie faite sur un enfant de trois ans s'exprime ainsi : « Comme lésion directement dépendante de la diacrise folliculeuse gastro-intestinale nous devons encore noter l'abondance de la couche de mucus étalée sur sa membrane ; sa viscosité, son épaisseur, peut aller jusqu'à un enduit pseudo-membraneux.

Quelquefois l'aspect de ce mucus et tel qu'on croirait qu'il a été coagulé par un acide ; il forme des flocons analogues à ceux qui résultent de l'action d'une forte solution d'alun sur le mucus buccal dans certaines stomatites... C'est dans le gros intestin qu'on a le plus souvent l'occasion de constater cet état particulier du mucus.

MM. Barthez et Sanné rapportent que Heyfelder aurait consacré quelques pages à l'entéritis exodataria chez les enfants et qu'il reconnaîtrait que la nature des évacuations pourrait seule mettre sur la voix du diagnostic.

En 1857, M. Potain présente à la société anatomique des lambeaux de matière mucoso-gélatiniforme expulsés pendant la défécation ; cette substance provenait des matières fécales rendues par une jeune fille épileptique.

Enfin c'est à M. Laboulbène en 1861 que revient l'honneur d'avoir nettement séparé les concrétions mu-

queuses de l'entéro-colite, de la diphtérie et du muguet.

Il combat la dénomination de croup intestinal que Clemens venait de donner à l'entérite pseudo-membraneuse des enfants n'accompagnant pas une affection des voies respiratoires.

En 1868, M. Laborde présente à la Société anatomique des détritus muqueux provenant de l'intestin ; à cette occasion une discussion s'engage et M. Duguet vient affirmer que ces productions intestinales s'observent quelquefois chez les enfants ; M. Labbé rappelle alors la présentation de M. Potain en 1857 et l'exprime en ces termes : « Pour ma part, j'ai rencontré ces productions chez les femmes hystériques et nerveuses.

« Après plusieurs jours d'une constipation opiniâtre, une débâcle survenait et, en même temps que les matières fécales, les malades rendaient des masses muqueuses qui se déroulaient dans l'eau sous forme de longues bandes ressemblant grossièrement à des tœnias ; j'ai vu ce fait aussi chez les enfants.

Je crois que la constipation est le point de départ de ces concrétions muqueuses. »

Cette même année paraît, dans l'« Union Médicale », une note de M. Merlan de Chaillé sur l'entérite pseudo-membraneuse et M. Siredey fait, à la Société Médicale des Hôpitaux, une communication intéressante.

M. Wannebroucq produit au Congrès de Lille, en 1874, un mémoire dans lequel il considère les pseudo-membranes comme dues à une irritation du tissu interstitiel et propose de remplacer le nom d'entérite membraneuse par celui d'entérite interstitielle.

Puis vient la série des travaux de MM. Germain Sée, Potain et Glenard ; ce dernier auteur décrit et apprend à reconnaître la corde dure petite formée par le colon dans le cas d'entérite et propose le nom d'entéro-sténose pour caractériser ce spasme de l'intestin.

En 1896, M. Mathieu présenta à la Société Médicale des Hôpitaux deux cas de lithiase intestinale avec entérite muco-membraneuse, il rapporte les observations analogues rapportées en 1873 par M. Laboulbène et attache une grande importance à la coïncidence du sable et de l'entérite.

En 1897 encore, une vive discussion s'est engagée à l'Académie de Médecine sur le rapport de l'entéro-colite avec la lithiase intestinale et l'appendicite.

M. Dieulafoy soutient que le sable intestinal coïncide souvent avec l'entéro-colite dont il est l'aboutissant, mais que jamais l'appendicite ne devient la complication de l'entéro-colite : sur ce dernier point, M. Reclus se sépare complètement de l'opinion de M. Dieulafoy et il apporte des observations pour prouver que l'appendicite a succédé souvent à l'entéro-colite.

Dans une séance ultérieure de l'Académie de Médecine, M. Robin revient sur la question et déclare que l'entérocolite et l'appendicite sont des modes de retentissement intestinal de l'hyperesthénie gastrique.

Les conclusions sont les suivantes : Quoique dans toutes mes observations, l'entéro-colite ait coïncidé avec la coprostase, je ne crois pas que cette entéro-colite tienne uniquement à la constipation ; sans cela elle se-

rait la règle chez les constipés ce qui est loin d'être vrai : Il faut donc invoquer un autre facteur, l'hyperesthénie gastrique avec hyperchlorhydrie antécédente qui par l'extrême acidité du chyme bouleversent les conditions normales de la digestion intestinale, créent une constipation avec coprostase et ajoute une irritation chimique à l'irritation mécanique produite par les matières fécales durcies.

Si l'appendicite et l'entéro-colite constituent bien deux modes du retentissement intestinal de l'hyperesthénie gastrique le premier lié à la coprostase colique et illiaque on conçoit très bien qu'elles peuvent coïncider dans les cas ou la coprostase causale est à la fois cœcale et iliaque. »

Quelques jours après M. Glénard reprend la question de l'appendicite et de l'entéro-colite il conclut que la colite membraneuse est « une modalité symptomatique d'une malrdie de la nutrition phase de ptose viscérale » et n'admet pas une relation de cause à effet entre la colite et l'appendicite.

Enfin pour être complet, nous citerons les travaux qui ont paru ces dernières années, tels sont ceux de M. Comby en France, de MM. Anderson et Irvingduow en Amérique, de Bsttentuit en Angleterre et de M. Finkelstein en Allemagne ; nous aurons d'ailleurs, dans le cours de cette étude, l'occasion d'exposer leurs idées et de faire quelques citations.

ÉTIOLOGIE

L'atonie intestitale a été admise par nombre d'auteurs comme la principale cause prédisposante du spasme du colon, mais on peut se demander si cette atonie intestinale est aussi fréquente qu'on a bien voulu le dire et si au contraire il ne s'agirait pas plutôt du spasme de l'intestin.

En effet les gardes-robes surtout quelques jours avant la crise (voir les observations de la presse médicale) sont le plus souvent en forme de scybales petites robes sèches, dures et ovillées semblables à celles qu'on décrit comme symptômes essentiels de la constipation spasmodique.

En outre en palpant l'intestin des malades il est de règle de trouver un S iliaque dur et contracté, sorte de corde dure roulant sous le doigt de même que pour le colon.

Quand, par place, l'intestin est mou, sans résistance ce qui nous semble assez rare, presque toujours, sinon toujours dans ces cas-là, on retrouve nettement la corde spasmodique soit dans un autre point de l'intestin soit à un autre examen.

De sorte que dans tous ces cas c'est plutôt un état spasmodique de l'intestin qui est la règle et non pas une atonie qui serait plutôt une exception et ne traduirait qu'un état passager de faiblesse voir même de souffrances intestinales.

Cette prédisposition particulière au spasme intestinal se rencontre chez les arthritiques et surtout chez les arthritiques névropathes.

D'ailleurs les antécédents de ces malades : héréditaires pour les enfants ; personnels pour les adultes nous démontrent la véracité de cette assertion.

Ils appartiennent à des familles de goutteux, de rhumatisants, d'obèses, de nerveux ; on note généralement dans leur ascendance des tendances aux congestions, aux névralgies, aux douleurs articulaires, à l'asthme, aux coryza trachéo-tronchiques et aux amygdalites répétées. Eux-mêmes sont sujets à tous ces états pathologiques et en plus à la gravelle, aux hémorroïdes, migraines polypes (Reclaux), association de névrosismes, irritabilité, émotivité, bizarrerie de caractère et même de névrose, hystérie, épylepsie, neurasthenie, etc...

C'est pour cela justement que Langenhagen va même jusqu'à considérer l'entéro-colite au sens large du mot comme un attribut très fréquent, un stigmate de la diathèse neuro-arthritique à tel point, dit-il, que dans les cas où on aura à rechercher en clinique si un sujet est arthritique on devrait s'enquérir de cette manifestation intestinale tout aussi bien que de la goutte, de la gravelle, etc.

C'est à propos de cette manière de voir sur l'étiologie de cet état pathologique qu'on pourrait se rendre compte de la fréquence relative avec laquelle nous l'y observons. Cette fréquence peut être attribuée au progrès du neuro-arthritisme qui tend à se développer d'une manière considérable dans les conditions où nous vivons : surmenage, veilles, vices d'alimentation. Selon M. le Professeur Hutinel, le spasme : coliques périodiques, peuvent se rencontrer à toutes les périodes de l'enfance, mais c'est surtout chez les sujets entre 4 et 15 ans qu'ils se dessinent nettement ; c'est chez les enfants riches, peut-être parce qu'ils appartiennent à un milieu social ou l'arthritisme est plus souvent observé, ou la tare nerveuse et le surmenage nerveux sont plus accentués.

Le sexe ne semble avoir aucune influence sur leur apparition.

En outre, toute faute d'hygiène, surtout d'hygiène alimentaire, peut être invoquée.

L'Alimentation défectueuse dès la première enfance, soit par la qualité ou la quantité, l'espace de temps laissé entre chaque repas peut occasionner tous les symptômes de spasme du colon accompagnés ou non des symptômes de la colite aiguë, voir même de l'entéro-colite muco-membraneuse.

On a voulu invoquer la dentition pouvant agir comme cause occasionnelle, mais ce serait plutôt une cause adjuvante et non sans doute une cause efficiente.

D'ailleurs les Auteurs à propos de cette question

sont loin d'être d'accord ainsi Rassovitz prétend qu'elle est nulle de même que Magiot, par contre M. le professeur Hutinel partage la manière de voir de Roger disant : « Les dents et les vers sont les deux romans de la pathologie de l'enfant. »

En effet si on rapporte à différentes observations chez les petits enfants qui présentaient avant les signes de colite on ne peut pas s'empêcher de penser à une influence sinon occasionnelle du moins adjuvante de la dentition, elle favoriserait l'apparition des symptômes qui n'était apparu auparavant que par intermittence. C'est d'ailleurs avec raison que Giffard dans sa thèse dit : « l'apparition des dents s'accompagne de douleur et souvent de stomatite, aussi voit-on souvent l'inflammation des ganglions voisins qui devient plus volumineux et plus douloureux. Il peut y avoir en même temps des troubles réflexes du côté de l'intestin. Un réveil de susceptibilités intestinales si l'enfant n'est pas résistant de ce côté.

La constipation, joue chez l'enfant un rôle extrêmement important.

Parrot n'y ajoutait aucune importance mais par contre M. le Professeur Hutinel écrit avec juste raison que la constipation qui se produit chez les nouveaux-nés et chez les enfants de 8 mois à 3 ans est une des causes les plus fréquentes d'infection intestinale redoutable.

Souvent cette constipation chez les enfants plus âgés peut durer de longues années avant que les symptômes spasmodiques n'apparaissent.

Chez le grand enfant ou chez l'enfant commençant à se nourrir, un régime carné excessif, une nourriture trop substantielle ou même trop abondante sont autant de fautes qui peuvent provoquer les spasmes, les coliques. Il en est de même de la vie sédentaire, de la mauvaise habitude de ne pas aller à la selle en temps opportun.

Enfin on pourrait invoquer comme causes étiologiques toute une série de faits qui provoquent la constipation, ce qui nous entraînerait trop loin de notre sujet, mais nous ne manquerons pas de mentionner l'hyperesthénie gastrique bien décrite par A. P. B.

Robin qui agirait en amenant la coprostase et enfin pour terminer citons seulement les affections intestinales, entéro-colites aigues, dysenterie ; fièvre typhoïde ; péritonites aigues, tuberculeuses ; appendicite, tumeurs de l'abdomen (génitales ou non) ; rein mobile, etc...

PATHOGÉNIE

La constipation dans les colites reconnaît deux causes : soit l'atonie ou paresse intestinale ; soit un spasme de l'intestin. Ce spasme maintient l'élément musculaire en état de contracture presque continuel et donne à l'intestin la forme et la sensation d'une corde lorsqu'on le palpe. L'élément nerveux qui agit dans ce cas provoque aussi l'hyposécrétion glandulaire : c'est la constipation spasmodique.

Mathias Soupauch et Pesset admettent qu'un bol digestif trop acide arrivant dans l'intestin ne trouve pas, dans les produits des glandes de la digestion intestinale, de bases alcalines suffisantes pour le neutraliser.

Dans l'élaboration vicieuse qui s'en suit, des fermentations secondaires se multiplient pour donner naissance à des produits toxiques qui viennent s'imprégner et pour ainsi dire tétaniser sa fibre musculaire. C'est alors qu'entre en jeu le spasme musculaire avec ou sans douleurs et que se produit la contractura spasmodique de l'intestin avec rétention des matières ou coprostase.

Les parties liquides se résorbent, les matières de-

viennent dures, ovillées, étirées ou en cylindres et leur contact prolongé irrite la muqueuse, déterminant l'hypersécrétion glandulaire ; le mucus ainsi formé se transforme en membrane par déshydratation.

Dans certains cas ou on n'a point à faire à des hyperchlorlydriques, ou la dyspepsie n'a point été la première en date, ou enfin, la constipation a été le seul trouble intestinal au début que l'atomie de l'estomac et de l'intestin, atonie d'ailleurs générate de cause nerveuse et s'accompagnant ou non de ptose viscérale.

En tout cas cette atonie fait toujours place dans la suite au spasme intestinal, ou alterne avec lui.

C'est ainsi que l'entéroptose favorise la coprostase et devient une cause des colites; mais celle-ci à son tour évoluant facilement sur un terrain nerveux accentue la névropathie antérieure, d'où l'aggravation possible de l'entéroptose. Mais la cause première est un trouble nerveux c'est le terrain neuro-arthrique.

Germain Sée, Potain, Simon, se sont faits les défenseurs de cette thèse et Lyon s'exprime ainsi : « Sous l'influence seule d'une prédisposition héréditaire (arthritisme) ou de causes acquises mais l'hérédité jouant toujours un rôle ; se produit l'atonie de l'intestin à laquelle se joint le plus souvent la ptose : l'atonie détermine la stase stercorale, le durcissement des matières d'où l'irritation constante de l'intestin, l'hypersécrétion muqueuse et la mise en jeu du sympathique abdominal d'autant plus aisément que les plexus abdominaux sont directement sollicités à réagir par les traitements pro-

voqués par la ptose intestinale ; d'où toute une série de réflexes agissant d'abord localement en produisant les spasmes, les douleurs etc..., puis retentissement à distance sur le système nerveux général d'autant mieux que celui-ci était déjà troublé antérieurement.

Outre la névropathie héréditaire et personnelle dans la pathogénie des colites spasmodiques, entrent en ligne de compte la structure et le fonctionnement de l'intestin. Dans la cavité intestinale les résidus des substances alimentaires cheminent mêlés aux sécrétions provenant de la bouche, de l'estomac, du foie, du pancréas, des glandes intestinales c'est-à-dire à des liquides plus ou moins irritants ou toxiques et dans cette masse complexe pullulent un grand nombre de microbes.

La muqueuse disposée à la fois pour l'absorption et pour l'élimination est exposée d'une part à l'action des liquides qui la baignent et d'autre part à celle des agents morbides apportés par la circulation sanguine et lymphatique ; cette muqueuse constituée par une double nappe de tissu glandulaire, et de tissu lymphoïde réagit à la façon de ces tissus.

La musculeuse en se contractant règle le courant des matières intestinales, en l'accélérant ou en le ralentissant.

Une excitation trop forte donnera lieu à une contracture exagérée et incoordonnée, elle pourra produire des mouvements antipéristaltiques et peut-être un peu de synchroinisme dans la contraction des fibres longitudinales et circulaires.

Enfin l'intestin n'est ni libre ni indépendant, il subit l'influence du système nerveux, celle des autres organes de la digestion et celle des glandes endocrines telles que la thyroïde. C'est ainsi que les troubles survenus dans d'autres appareils nuisent à la régularité de ses fonctions. Et, ce qui complique davantage les phénomènes, c'est que l'intestin n'est pas, à proprement parler, un organe mais une succession d'organes, chaque tégument ayant sa structure et sa physiologie propres. On ne saurait donc confondre le duodénum, l'iléon, le cœcum, le colon.

Le spasme du colon, provoqué par l'injection de liquide sous une pression trop forte, peut être assez considérable pour produire des phénomènes d'occlusion intestinale comme on a pu le constater nettement. Ces accidents, qui s'étaient déjà produits une fois chez des malades dans les mêmes conditions que ci-dessus, disparurent immédiatement dès qu'on suspendit les lavages faits avec une pression d'environ 1 m. 50.

Il paraît hors de doute que le colon tend le plus souvent à se contracter lorsque l'on y introduit un liquide sous forte pression. Il semble que ce soit pour lui un mode naturel de défense. Lorsqu'il y a tendance au spasme et cette tendance est habituelle dans les cas de colite muco-membraneuse cette contraction de défense peut amener une véritable sténose spasmodique qui peut appeler jusqu'à suspendre complètement le cours des matières et provoquer des phénomènes de véritable occlusion.

Le plus souvent il ne se produit il est vrai que des phénomènes douloureux.

Les conditions les plus favorables à leur apparition sont l'exagération à la fois de la pression et de la quantité du liquide injecté.

Les inconvénients de l'injection d'une quantité exagérée de liquide sans pression excessive sont moins grands, mais cependant non douteux.

Il n'est pas rare de voir des malades pratiquer depuis des années des lavages quotidiens avec deux litres d'eau et plus, sans obtenir la disparition de la constipation. Ils l'entretiennent sans s'en douter par le moyen même par lequel ils la combattent.

Une jeune fille de vingt-quatre ans vient récemment consulter un médecin, atteinte de colites muco-membraneuses depuis six ans elle a fait deux saisons à Plombières, là on lui a conseillé de faire chaque jour deux grands lavages du colon avec deux litres d'eau chaude et depuis quatre ans elle faisait consciencieusement passer en deux fois, quatre litres d'eau dans son intestin, depuis cette époque elle n'a jamais eu de selles naturelles. Les matières sont en forme de petites scyballes ovillées, les lavages sont douloureux et suivis de coliques bien que pratiqués à une pression raisonnable. On constate facilement par la palpation un état spasmodique accentué du colon sur toute son étendue.

Les lavages sont interrompus et on fait prendre un peu de belladone. La malade obtient ainsi dès les premiers jours des selles quotidiennes non douloureuses

et on peut constater la diminution de la corde, colique symptomatique du spasme du gros intestin.

Cette expérience paraît donc permettre d'affirmer dès maintenant que l'abus du lavage de l'intestin entretient assez souvent la constipation en favorisant le spasme colique.

Il existe une relation étroite entre les coliques spasmodiques et les adénoïtes chez lenfant.

A la consultation d'otorhino-laryngologie des enfants-malades, le docteur Cuvillier a donné l'habitude de rechercher systématiquement chez l'enfant l'adénoïdite chronique en montrant la fréquence de cette maladie.

On a constaté la coexistence des adénoïdites chroniques et des colites. Quand un enfant avait des végétations, on ne cherchait pas les colites ; tandis que lorsqu'on avait un enfant atteint de colites, on examinait l'arrière-nez du petit malade.

La simultanéité de ces deux phénomènes a été constante et la conviction du docteur Cuvillier dans leur rapport étroit est si forte qu'on se demande si chez l'enfant il n'existe pas des colites produites par une maladie du nez ou de l'arrière nez.

On ne dit pas toutefois que toute adénoïdite produit fatalement des colites car l'on a vu des cas de végétations sans colites nettes.

Comment l'adénoïdite produit-elle la colite ?

Il est très probable que c'est la déglutition par l'enfant de muco-pus, de mucosités produites au niveau des végétations qui vont infecter l'intestin.

Faut-il, pour que cette infection se produise, l'intervention d'un autre phénomène : affaiblissement de l'acidité stomacale par exemple ; on l'ignore ; c'est aux faits cliniques à le prouver.

Triboulet cite trois observations de colite chez les enfants où il incrimine des poussées d'adénoïdite cœxistantes.

Aviragnet a publié une observation de rhinite purulente aiguë suivie de colite ; celle-ci a disparu avec la rhinite.

Dans la thèse d'Attias, Aviragnet donne l'observation d'un enfant de 3 ans ayant de l'entéro-colite et de la rhino-pharyngite chronique avec guérison de l'entéro-colite par le traitement nasal.

Breton a publié une observation de coexistence de végétations avec vomissements et d'entéro-colite.

Il y a encore beaucoup d'observations non développées où l'on note seulement la simultanéité de l'entéro-colite et de l'adénoïdite.

Comment peut-on établir la relation étiologique entre les inflammations digestives.

Si l'on se base sur la coïncidence simple des troubles pharyngés et des troubles digestifs, la fréquence paraît considérable mais on pense que cela n'est pas suffisant ; il faut, d'une part, qu'il y ait succession : les accidents digestifs suivant l'anomalie pharyngée et, d'autre part, que celle-ci soit de nature à produire une infection ou une inflammation descendante.

DÉFINITION. — SYMPTOMES

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur certaines affections de l'intestin nous y trouvons un groupe de symptômes semblant correspondre dans une certaine mesure à ceux de la colite muco-membraneuse ; celle-ci n'est-elle qu'une forme, la forme grave, il est vrai, d'un processus pathologique spécial, ou pouvons-nous la considérer comme une unité morbide affectant parfois des modalités cliniques diverses.

Nous nous rangerons à cette dernière hypothèse.

Aussi nous isolerons la colite muco-membraneuse du groupe des colites spasmodiques aigues bien que celui-ci se traduise par l'expulsion de mucosités plus ou moins concrétées dues à l'ypersécrétion glaireuse des glandes du gros intestin irrité. Semblable sécrétion du reste se rencontre même dans de simples cas de diarrhée.

Nous écarterons à dessein les entérites aigues car elles ne donnent pas lieu à du mucus, mais à de fausses membranes constituées par la fibrine des cellules lymphatiques mortifiées, tel est le cas de l'entérite croupale des Allemands.

Chez les enfants, la colite aiguë spasmodique se traduisant par des alternatives de constipation et de diarrhée, par le rejet de matières glaireuses, mousseuses, sanguinolentes même avec quelques fois du mucus, ne peut encore être assimilée à la colite muco-membraneuse telle que nous la comprenons. Cependant cette dernière peut suivre les poussées de la colite aiguë qui apportent dans la constitution du tissu et des glandes des modifications engendrant la tendance à la constipation et à l'atonie.

L'entérite des pays chauds, l'entérite tuberculeuse, la dysenterie ont une étiologie si spéciale que nous pouvons les éliminer d'emblée.

Certaines colites diarrhéiques avec phénomènes douloureux puroxystiques (rejet de mucosités plus ou moins concrétées) ne se montrent pas d'emblée, elles succèdent à des poussées aiguës dans lesquelles l'élément infectieux a joué, au point de vue étiologique, le premier rôle.

Qu'est-ce donc que la colite spasmodique ?

C'est d'abord le spasme, la contracture du gros intestin n'étant qu'un phénomène banal qui accompagne presque constamment les colites ; et, dès que le gros intestin est irrité, elle se révèle par la présence, dans la fosse iliaque, d'une corde plus ou moins douloureuse.

Ce qui caractérise la colite spasmodique, spécialement dans les cas que nous allons étudier, c'est la brusquerie de son début, c'est son irradiation dans le flanc gauche en arrière comme en avant, c'est aussi sa dispa-

rition brusque qui coïncide souvent avec une évacuation plus ou moins abondante de matières glaireuses ou sanguinolentes ou seulement de matières plus molles.

C'est en somme une vraie crise de coliques intestinales, c'est-à-dire une contraction douloureuse d'un tube creux sur le contenu qui l'irrite.

Symptômes. — Depuis longtemps la constipation a été regardée par les auteurs comme jouant un rôle dans l'évolution des colites et comme étant un des trois principaux symptômes du spasme du colon.

Plus récemment, M. Mathieu a écrit : « En dehors de ces débâcles passagères la constipation est un phénomène constant dans la séméiologie des colites : elle est précoce et précède les autres manifestations. »

A la suite d'une période prolongée de constipation, le malade rend enfin des matières de forme et de coloration anormales ; elles sont dures, sèches, ovilées, très aplaties. Les unes ont un calibre normal, d'autres sont analogues à de petites billes ou à des noisettes. Ces matières sont quelquefois ramollies à leur surface par des couches mucilagineuses ; la masse centrale conserve sa dureté et indique une concentration des produits excrémentiels. Dans certains cas, même, les selles sont uniquement constituées par des scybales extrêmement réduites rubanées, comme filées, et atteignent à peine le diamètre d'un petit doigt ; elles semblent être moulées sur le calibre de l'intestin qui se contracte au point de se retrécir et de former une véritable corde.

Fleiner a distingué deux variétés de constipations : 1° constipation passive par atonie intestinale ; c'est plutot un simple trouble fonctionnel qu'une maladie proprement dite.

2° constipation par spasmes qui consiste dans la rétention des matières fécales par contracture de l'intestin.

Certains malades restent constipés pendant toute la crise et ne voient jamais se produire de débâcle. Chez d'autres au contraire, la fin de la crise est manifesté par l'évacuation des matières molles et dures mélangées ou enrobées de mucosités et striées de filets de sang.

Ces poussées sont douloureuses, précédées de coliques et de douleurs abdominales généralisées.

Les selles sont plus ou moins copieuses, plus ou moins molles, le malade se présente souvent à la garderobe et rend au milieu d'efforts douloureux en général des glaires ou du mucus et de la peau quelquefois striée de sang.

La constipation dont nous faisons le symptôme précurseur de le colite spasmodique, a comme conséquence la formation de mucus, de fausses membranes qu'on remarque dans les selles des malades et qui, du reste, caractérisent la colite.

Là ne se borne pas le rôle de la constipation ; nous étudierons, dans un chapitre spécial, comment elle crée la colite, pourvu qu'elle évolue sur un terrain prédisposé.

Nous allons maintenant passer en revue tous les symptômes.

Spasmes. — Ils se traduisent par une sensation de dureté et de tension de l'intestin.

C'est Wannebrouck qui a signalé le premier l'existence d'un resserrement du gros intestin dans la colite spasmodique. Glenard a décrit la corde colique et en a fait un signe rationnel de l'entéro-ptose dont la colite, d'après lui, ne serait qu'une conséquence.

Mathieu a discuté cette interprétation et a montré que le resserrement du gros intestin se rencontrait dans bien des affections intestinales ou gastro-intestinales et qu'il était fréquent dans les colites. Il ne s'agit là que d'un spasme d'une manifestation nerveuse à localisation intestinale. Sous l'influence de ce spasme, le colon se rétracte, se contracture ; son calibre se réduit au point d'atteindre l'épaisseur d'un doigt ; et la palpation donne une sensation analogue à celle qu'on aurait en faisant rouler une corde.

L'intestin est-il encombré de matières au moment du spasme que sous l'influence de la dessication et de la pression, celles-ci se fragmentant et prennent la forme de billes, d'olives, en donnant la sensation d'un chapelet dont on sent les grains isolés.

Le cœcum subit aussi des modifications dans son état ; alternativement : volumineux, flasque, dur, tendu ou contracturé. Reste encore à se demander si le gros intestin réagit dans sa totalité ou si un segment plutôt qu'un autre, obéit à des incitations si différentes.

Pour le professeur Potain, le cœcum est souvent rétracté, la sensation de corde serait plus fréquente au

niveau de l'S iliaque, moins au niveau du colon ascendant et plus fréquente encore au niveau du colon transverse qui fuit sous la main qui le palpe.

La palpation du colon transverse est en effet difficile, mais elle est rendue plus facile par son abaissement qui cause une déformation en U ou en V.

Tandis que nous sommes tous d'accord avec notre maître, M. le professeur Hutinel, étant donné les observations que nous citerons ; nous croyons que c'est surtout sur le colon descendant que la localisation spasmodique se rencontra d'une manière la plus fréquente.

Deux éléments morbides si opposés, spasme et atonie peuvent évoluer en même temps et atteindre ce même organe. Ces états contradictoires cependant se remplacent avec grande facilité à peu de jours d'intervalle, on peut trouver contracturée une portion d'intestin qu'on avait auparavant rencontrée relachée.

Au même moment on trouve un segment atonique alors qu'un autre voisin est en état de spasme.

La localisation segmentaire est fréquente il suffit d'être prévenu du fait, de le rechercher pour en être frappé. La facilité avec laquelle le cœcum passe d'un état à l'autre permet quelquefois d'éviter des erreurs de diagnostic. Le cœcum contracturé par exemple avec douleur à l'exploration ne pourrait-il pas simuler l'appendicite chronique.

Douleur. — La douleur du reste joue un rôle important dans l'affection qui nous occupe.

Langenhague a distingué deux sortes de douleurs : la douleur ordinaire et la douleur spasmodique ou crise douloureuse.

Les phénomènes douloureux qui sont parfois la seule manifestation du début de la colite sont assez difficiles à décrire. Ce sont des sensations vagues, légères, une simple pesanteur de l'abdomen, une sorte de malaise continuel, puis au bout de quelques jours la constipation s'accentue, les glaires se trouvent dans les selles. Pendant les crises la douleur s'accentue les uns les comparent à des coliques, à de véritables tranchées ou bien disent-ils : ils ont des brûlures, des tortillements des élancements sourds.

La localisation de la douleur est variable : tantôt elle suit le trajet du colon descendant, irradiant dans l'hypocondre, dans le flanc gauche, quelquefois elle remonte dans le colon ascendant et fréquemment se localise dans le transverse.

C'est en général deux ou trois heures après les repas que les souffrances sont les plus vives, la digestion qui entraîne la congestion abdominale paraît les exaspérer.

Mais les malades souffrent toute la journée, alors que d'autres sont plutôt réveillés la nuit.

Ces poussées douloureuses sont avant tout irrégulières, et, sous la dépendance de l'hygiène et du régime que suit le malade. Au début, rares, elles deviennent de plus en plus fréquentes.

Les douleurs précèdent les selles ; mais quand le malade a pu sans l'influence d'un agent thérapeutique

débarasser son intestin des scybales des mucosités qui s'encombraient ; il est soulagé.

Souvent ses selles sont douloureuses ; il y a du ténesme, des épreintes, parfois même du tenesme vésical réflexe.

Il est du reste un fait qui rend délicat le diagnostic de la colite, nous voulons parler des irradiations de la douleur soit à droite, sous la région hépatique, soit au niveau des reins. On a pu penser aussi à des crises gastralgiques, le malade accusant surtout une gêne, une barre à l'épigastre.

Quotidiennes si on laisse la maladie suivre son cours, les crises douloureuses paroxystiques s'espacent si on met en œuvre un traitement énergique.

Au milieu de la nuit, les malades sont brusquement réveillés par une douleur atroce qu'ils comparent à un lien qu'on leur serrerait autour du corps (Lyon) ou encore à un courant d'eau chaude qui leur traverserait le corps (Wiliams). Ce sont aussi des brûlures telles que les malades disent qu'ils ont du feu qui leur ronge l'intestin, « que l'intestin est à vif », ou encore que leur ventre va éclater.

Au bout de quelques heures en général l'accalmie survient. Dans les cas très graves, elle se fait attendre des journées, quelquefois des semaines.

Le malade a de rares moments de repos, puis les souffrances le reprennent ; seule une débâcle avec expulsion abondante de scybales, de muco-membranes apporte du soulagement.

Le mieux se maintient un laps de temps variable ; la moindre irrégularité dans le genre de vie, une stase un peu prolongée des matières dans l'intestin suffisent pour amener un nouveau paroxysme.

Généralement les formes graves laissent le malade dans un état d'affaiblissement absolu.

Les symptômes que nous venons d'étudier permettent par leur caractère assez net de diagnostiquer la colite spasmodique. A côté de ces symptômes viennent s'en grouper d'autres dont la valeur est tout aussi réelle, la palpation les fournit en renseignant sur l'état physique des organes abdominaux et sur leur plus ou moins grande sensibilité.

Palpation. — Le meilleur moyen pour palper le gros intestin consiste à déprimer la paroi abdominale de dedans en dehors ; on accroche ainsi le bord de l'intestin que l'on sent glisser, rouler sous les doigts, lorsqu'il s'échappe, on a la sensation nette d'un ressaut. Ce procédé est conseillé depuis longtemps par Glenard et Mathieu ; les données en sont précises : atonie et spasme de l'intestin, ptose partielle ou totale nous sont ainsi révélés.

La palpation permet encore de produire quelquefois le gargouillement qui occupe le gros intestin. En général, c'est au cœcum, au-dessus de la région spasmodique que le gargouillement est le plus intense, il est dû à la stagnation du liquide et de gaz dans les anses intestinales que l'on déprime sur le plan profond ou que l'on malaxe, ou encore que l'on palpe légèrement et à petits coups.

Enfin grâce au même procédé d'examen on reconnaît encore les zones et le degré de sensibilité des organes abdominaux.

Mucus et muco-membranes. — Germain Sée a ramené à trois types les exudats secrétés par la muqueuse de l'intestin : les glaires ; les sécrétions non formées analogues à du blanc d'œuf ; et les produits lamelleux.

Ces trois types peuvent se succéder ou apparaître d'emblée. Les glaires appartiennent plutôt à la période du début, ils se montrent plus ou moins régulièrement dans les selles en plus grande abondance quand la constipation est plus rebelle, on les trouve surtout dans les dernières parties des matières expulsées.

Dans d'autres cas, les déjections entraînent des masses gélatineuses filantes analogues à du blanc d'œuf ou à du frai de grenouille, qui, si elles sont rapidement éliminées enrôlent les matières fécales ou surnagent, analogues à de la mousse ou de l'écume.

Au moment de la crise, les matières s'amassent dans l'intestin, le mucus se concrète, les muco-membranes, les peaux sont dans les selles et s'y trouvent en quantité variables. Chez les uns, elles ont à peine la valeur d'une cuillerée à bouche, chez d'autres au contraire elles sont en grande abondance.

De la forme des mucosités, de leur union plus ou moins intime avec les matières peut-on conclure à une localisation dans le gros intestin ou dans l'intestin grêle ?

Nothnagel à ce sujet a écrit : quand le mucus prédomine dans les selles c'est bien l'indice de l'état catarrhal du gros intestin ; des selles solides enveloppées de mucus appartiennent au catarrhe du colon inférieur ; des masses muqueuses hyalines, mêlées à des fèces solides ou en purée surtout au colon supérieur ; un mélange intime de masses fécales avec des petits flocons de mucus au catarrhe de l'extrémité supérieure du gros intestin et de la fin de l'intestin grêle.

Manifestations hépatiques, renales et gastriques. — Le foie peut être congestionné, tuméfié et quelque fois augmenté de volume.

La ptose rénale se rencontre aussi chez les malades ayant de la colite spasmodique.

Quant à l'estomac il est doublement intéressé il y a ptose et dilatation.

Troubles divers reflexes. — On a signalé dans le cours du spasme du colon des manifestations cliniques qui n'appartiennent pas en propre à la maladie et qu'on a considérées comme des reflexes.

Ces réflexes ont-ils pour point de départ l'intestin, l'estomac? Oui, sans doute ; mais, au point de vue pathogénique, ils ne sont pas une conséquence directe de la colite.

Ces phénomènes variés se montrent d'autant plus fréquents et sont d'autant plus intenses que le nervosisme des malades est plus accentué. Ceux-ci, en effet, ont toujours une tare nerveuse soit héréditaire, soit

acquise, leur nutrition est insuffisante ; leur organisme débilité, épuisé ne peut réagir et répond toujours aux incitations nerveuses qui prennent bientôt le dessus.

De là des manifestations localisées soit sur la vessie, sur le cœur ou sur l'appareil pulmonaire.

Le nervosisme explique les idées bizarres, les modifications du caractère par l'infection, l'autointoxication que l'on rencontre dans les éruptions difficiles à classer que présentent surtout les enfants (Guinon), peut-être même les cas de chorée, d'épilepsie, rapportés par Gautry.

Quant à la colite, quel est son rôle ?

Exagérer l'état nerveux.

Formes cliniques ; Forme à paroxysme fébrile. — M. le professeur Hutinel, le premier, a signalé des cas où l'on observe dans le cours de la colite spasmodique des poussées fébriles, la température monte à 38°5-39°, rarement elle atteint 40°.

Cette hyperthermie, du reste, n'est pas fréquente ; elle persiste pendant une journée ; quelques fois l'accès se prolonge plusieurs jours. Il affecte alors les allures d'un accès de fièvre intermittente revenant aux mêmes heures et étant précédé d'un frisson.

La fièvre apparaît-elle plutôt au début de la crise et serait-elle l'indice d'une infection primitive ?

Chez l'adulte nous ne le croyons pas ; chez l'enfant, au contraire, il peut y avoir d'abord colite simple avec diarrhée, phénomènes d'auto-intoxication, puis selles

muqueuses sanguinolentes accompagnées de ténesme et peu à peu le spasme se constitue.

Le spasme intestinal chez les nourrissons. — Pour Monsieur le Professeur Hutinel le spasme intestinal intervient chez les nourrissons comme cause de la constipation. Dans le cas le plus caractéristique, ce spasme réalise un syndrome clinique assez net (Lesage). Il se manifeste vers l'âge de trois ou quatre semaines.

Après les têtées, l'enfant est pris de vomissements plus ou moins répétés et devient constipé. Cette constipation est caractérisée par des évacuations alvines consistant en amas de bile très verte et très épaisse.

L'estomac forme une poche saillante au-dessus de l'ombilic tandis que la partie inférieure de l'abdomen est rétractée.

L'intestin est petit, dur, contracté à la palpation.

On assiste souvent à des crises de coliques où l'enfant maigrit, s'atrophie et parfois finit par mourir d'inanition.

Vomissements acétonémiques. — Au cours des spasmes du colon, les vomissements sont fréquents. Parfois ils se répètent, deviennent incoercibles et agravent le pronostic de l'affection, non seulement parce qu'ils gênent l'alimentation, mais encore parce qu'ils témoignent d'une intoxication grave de l'organisme.

Chez certains sujets, prédisposés par leur hérédité

nerveuse et hépatique, on peut observer des vomissements périodiques avec acétonémie.

Le début des vomissements est brusque, ils sont rarement pénibles ; d'abord alimentaires, ils sont ensuite constitués par du mucus incolore ou teinté de bile, quelquefois de sang ; leur réaction est acide. Ils sont spontanés ou provoqués par les mouvements d'un simple changement de position du malade dans le lit : par l'ingestion d'un liquide.

L'haleine du malade a l'odeur d'acétone ; la langue se dessèche, se dépouille ; le ventre est rétracté, creusé en bateau. L'estomac est parfois dilaté, la constipation est opiniâtre ; il n'est pas rare de sentir des matières dures dans le colon.

Les urines sont pâles et diminuées de volume, elles ont souvent l'odeur acétonique ; elles renferment de l'acétone en quantité notable et de l'acide diacétique.

Les traits du malade sont tirés, les yeux cerclés de noir. Le malade est dans un état de prostration ; le pouls est rapide. Parfois il existe des symptômes qui indiquent un trouble des fonctions hépatiques, teinte cholémique, sans subictère des conjonctives, vomissements bilieux, frigments billiaires dans les urines, augmentation du volume du foie et douleur hépathique à la pression.

D'après M. Nobécourt, il faut considérer les vomissements cycliques comme un syndrome relevant de facteurs multiples ; comparables à l'asthme et à la migraine. selon M. le Professeur Hutinel ; a l'origine on trouve

presque toujours des troubles digestifs. Il s'agit d'enfants constipés atteints de colites ayant facilement des fermentations gastro-intestines.

Les poisons digestifs agissent sur le foie et déterminent à un moment donné des troubles hépatiques ; ils peuvent alors irriter les centres nerveux et provoquer les vomissements. Mais tous les enfants atteints de troubles gastro-intestinaux, même graves, ne font pas ces vomissements ; il faut pour cela une prédisposition hépatique et nerveuse qui joue un rôle très important.

Le pronostic est bénin ; les vomissements se terminent avec les crises spasmodiques du colon.

Selon l'opinion de Monsieur le Professeur Hutinel les vomissements acétonémiques et les spasmes du colon présentent entre eux de nombreuses analogies.

Ils surviennent chez les mêmes sujets, c'est-à-dire chez les enfants arthritiques et nerveux ; ils s'accompagnent l'un et l'autre de troubles de fonction hépatique qui parfois est véritablement anhilée et ils éveillent tous deux l'idée d'une intoxication.

La langue a le même aspect, l'haleine la même odeur d'acétone seulement, dans un cas le spasme affecte l'estomac tandis que dans l'autre il se localise sur le gros intestin. Dans les deux cas l'appendice peut-être sensible, à un moment donné il ne s'agit pas alors dans la majorité des cas d'une appendicite aiguë et menaçante mais d'une de ces réactions ou de ces lésions chroniques de l'appendice.

Associations morbides. — Les enfants qui ont des vomissements périodiques avec acétonémie, sont souvent atteints d'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx ; ils présentent des végétations adénoïdes (Comby). La dyspepsie atonique et la dilatation de l'estomac ne sont pas rares ; souvent les vomissements cycliques apparaissent chez des enfants présentant des symptômes d'appendicite.

Dans les troubles hépatiques Lamarcq-Darnoy a constaté souvent de l'hypertrophie douloureuse du foie.

Parfois on peut observer à la suite d'une crise, le développement d'un ictère catarrhal (Comby, Marfan, Richardière).

Quant au traitement au moment de l'accès : l'enfant est laissé au lit dans une demi-obscurité. On supprime tout aliment et toute boisson ; on donne seulement par cuillérées de l'eau d'Evian, de Vals ou de Vichy. Marfan préfère l'eau sucrée et le lait coupé d'eau, mais, dans nombre de cas, le lait n'est pas toléré.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la colite spasmodique est un des points le plus mal connu.

La pénurie de documents doit être attribuée à la rareté des autopsies et aux altérations cadavériques des muqueuses se produisant dès les premières heures suivant la mort.

Cependant on est d'accord pour considérer les lésions comme siégeant seulement au niveau du gros intestin et dans toute son étendue.

Les lésions seront purement muqueuses et encore toutes superficielles, consistant en une simple irritation avec desquamation exagérée.

La composition des fausses membranes est mieux connue ; on insiste d'une façon toute particulière sur leur composition muqueuse. Ces productions ne seraient constituées que par du mucus secrété au niveau des glandes coliques. Cependant quelques auteurs prétendent y avoir rencontré de la fibrine.

Des travaux dus à Kitawaga et à Akerlund il résulte que la trame, partie fondamentale de ces productions,

est constitué par du mucus plus ou moins concrêt. On y trouve aussi des cellules arrondies assez nombreuses dont les unes sont sans doute des globules blancs, les autres des cellules de revêtement épithélial éliminées avant d'avoir pû atteindre leur forme caractéristique.

Comme toutes ces fausses membranes présentent la même structure nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'analyse qu'en a faite M. Rémy dans un cas publié par le docteur Huchard : « Les concrétions sont constituées par un réseau de filaments blanchâtres de différents calibres, molles, mais résistant à la traction ; d'un blanc pris dans l'eau ; elles deviennent plus blanches dans l'alcool. Les filaments présentent au microscope une substance fondamentale striée longitudinalement. L'addition d'acide acétique ne change pas cet état.

Il s'agit donc de mucus car la fibrine serait devenue homogène.

Dans cette masse fondamentale on voit des leucocytes ; quelques globules sanguins ; des cellules cylindriques en petit nombre et déformées quelques gouttelettes de graisse.

Robin insiste sur la disposition parfois spéciale des cellules épithéliales qui pourrait induire en erreur. Elles forment, en effet, quelques fois des traînées des cylindres qui leur donnent l'aspect des glandes de l'intestin.

On reconnaît enfin à ces fausses membranes les deux caractères cliniques suivants :

1° Elles se dissolvent presque complètement dans les alcalis surtout à chaud ;

2° Le filtrat tout à fait transparent, traité par l'acide acétique se trouble et forme un sédiment abondant.

Il est presqu'inutile d'ajouter que les fausses membranes sont d'une richesse extraordinaire en microbes.

Il ne saurait en être autrement étant donné leur formation dans un milieu aussi septique que l'intestin.

Diagnostic différentiel. — Les symptômes les plus caractéristiques sont fournis par les évacuations alvines, par les douleurs abdominales et par la palpation de l'intestin. Ces divers signes considérés isolément ou groupés peuvent exposer à des erreurs d'interprétation.

La fétidité des matières et la constipation, symptômes habituels des colites ne se rencontrent pas exclusivement dans ces seules affections. Nombreuses sont les causes qui peuvent les provoquer et qu'il faut savoir éliminer.

Les évacuations glaireuses et sanguinolentes sont plus caractéristiques ; encore faut-il savoir que du mucus coagulé peut se trouver dans les fécès au cours des diarrhées liées à une irritation de l'intestin grêle, et, que sa présence peut encore résulter d'une alimentation insuffisante ou de l'inanition.

Des selles sanglantes ou muso-sanguinolentes d'aspect dysentériforme sont un des symptômes de l'invagination intestinale, et celle-ci est prise assez souvent pour la colite, mais en général dans l'invagination le début est plus brusque, les douleurs sont plus vives, les

vomissements plus précoces et plus répétés, l'état général s'altère d'une façon plus rapide et plus profonde que dans la colite. Enfin le toucher rectal permet parfois de sentir la tête de l'invagination.

Quelquefois la douleur prédomine et se localise dans la fosse iliaque droite ce qui fait penser à l'appendicite surtout s'il y a en même temps des vomissements et de la constipation. Mais déjà les modifications, des selles attirent l'attention, s'il n'y a pas de contracture douloureuse du muscle grand droit, pas de vraie défense musculaire ni d'hyperesthésie cutanée manifestement localisée ; la douleur ne siège pas au point de Mac Burney, ni même aux points voisins, elle est située sur le trajet du cœcum et du colon ascendant qui sont contractés.

C'est dans ces cas que Sonnenburg conseille de donner de l'huile de ricin qui dans le cas de colite amène la disparition rapide des symptômes. Toutefois le diagnostic est particulièrement difficile car il peut y avoir cœxistance d'une colite et d'une appendicite.

En pareil cas l'appendicite est généralement légère catarrhale et s'améliore par le traitement du spasme du colon, mais il faut être prudent et tout en traitant la colite, ne rien faire qui puisse aggraver la lésion de l'appendice. S'il ne faut pas toujours se hâter d'intervenir chirurgicalement, il faut du moins se tenir prêt à le faire quand les indications se précisent.

DIAGNOSTIC

Sous le nom de réactions coliques, M. Albert Mathieu désigne des phénomènes à point de départ colique ou sygmoïdo-rectal qui se déduisent surtout par des vertiges, des étourdissements, des nausées, des vomissements et quelquefois par des lipothymies ou des syncopes.

Ces réactions, sous leur aspect le plus simple, se présentent sous la forme de nausées de vomissements, ou encore d'étourdissements, de vertiges ou de perte de connaissance qui surviennent chez les constipés au moment d'une débâcle intestinale succédant à une période de plusieurs jours de rétention fécale.

Au moment de la débâcle les mêmes accidents se reproduisent quelquefois.

Parfois ces réactions peuvent prendre des allures graves, ainsi dans le cas rapporté par M. A. Mathieu à la suite d'un lavement glycériné donné à une jeune fille de 23 ans, ayant présenté tous les symptômes de la colite, au cours de la débâcle diarrhéique provoquée par ce lavement survint brusquement une douleur abdominale vive, des vomissements et un état grave de collapsus avec refroidissement des extrémités, faciès grippé, pouls très rapide, filiforme, si bien qu'on a cru

à une perforation gastrique. La laparotomie exploratrice pratiquée trois heures après la crise montra qu'il n'en était rien.

Un mois après se produisait une crise analogue encore au moment d'une débâcle.

Un des symptômes très intéressant et toujours constant est la douleur.

Il faut distinguer les douleurs spontanées des douleurs provoquées. Même pendant les périodes de rémission la douleur ne manque guère, son intensité, ses caractères, le moment de son apparition, sa localisation sont sujets à de grandes variations individuelles.

Les douleurs commencent généralement par un simple malaise intestinal avec une sorte de sensation d'angoisse, puis, augmentant au fur et à mesure, elles prennent une forme excessivement aiguë, ce qui permet généralement à chaque malade de les interpréter tout différemment, mais toujours de façon imagée, donnant ainsi une idée de leur intensité.

C'est ainsi que, d'après Lyon, certains malades ont la sensation d'un lien qu'on leur serrerait autour des reins.

D'autres malades se plaignent de brûlures, de plaies vives : « Un courant d'eau chaude traversant l'intestin (Villams). » ou bien : « Une bête qui ronge et qui va et vient. » Ou encore, pour bien mettre en lumière cette morbidité particulière de déplacement de la douleur, le malade dit que « tout son ventre roule. » (Froussard », les grandes douleurs ne reviennent qu'à des intervalles variables sous forme d'une crise. Les crises peuvent ne

durer que quelques minutes comme aussi plusieurs heures se terminent généralement lorsque la débâcle s'est effectuée.

Chaque sujet réagit à sa manière à la douleur, celle-ci peut-être générale, diffuse ou localisée, mais le plus souvent elle paraît nettement siéger dans le colon et en occuper toute l'étendue ou un des segments, le malade invité à préciser avec un seul doigt le lieu de sa douleur, décrit un grand fer à cheval péri-ombilical.

Mais il n'est pas rare que la douleur n'occupe pas d'emblée tout le gros intestin ; elle débute à un point le plus souvent au niveau du cœcum pour gagner plus ou moins rapidement les autres segments.

Il semble que lorsque la douleur se localise dans une des portions du colon elle ait une prédilection pour le colon transverse et le colon descendant.

Son siège étant alors nettement sous-épigastrique, il est tout naturel que les malades se trompant sur la localisation précise, parlent de : « douleurs d'estomac ».

C'est pourquoi Trousseau avait déjà signalé cette erreur : « Dans beaucoup de circonstances les douleurs coliques sont prises pour des douleurs stomacales et il faut dire que dans la moitié des cas, surtout chez les vieillards, cette douleur siège dans le colon. »

Du reste, si par un interrogatoire précis on pousse le malade à analyser plus complètement la douleur qu'il déclare localisée d'une façon vague dans le creux épigastrique. On peut se convaincre qu'elle siège nettement sur un trajet transversal. C'est une barre qui traverse l'abdomen de part en part d'un hypochondre à un

Les douleurs localisées soit au colon descendant soit au colon ascendant se montrent également assez fréquemment ; c'est dans un de ces points que siège le maximum des douleurs, tandis que le reste du gros intestin est seulement endolori.

La localisaiion à un seul angle du colon a été signalée par différents auteurs (Froussard et M. le professeur Hutinel).

Expulsion du mucus. — Quoique dans presque toutes les observations que nous relatons, la débâcle des matières est toujours accompagnée d'expulsion de mucus en quantité plus ou moins considérable suivant les sujets nous ne croyons pas que ce soit un symptôme pathognomonique du spasme du colon.

Nous passerons rapidement sur les différentes études qui ont été faites à propos des classifications des mucosités par Germain Sée.

1° type amorphe ; 2° type membarneux ; 3° type muco-membraneux.

Nous ne ferons que citer la pittoresque dénomination que leur a donnée Lasègue : les « crachats intestinaux ».

Et enfin les formes rubanées cylindriques (tubulées ou non) et filamenteuses.

Au point de vue du diagnostic de la maladie on peut voir le malade avant, pendant et après la crise spasmodique.

Après la crise, et même dans l'intervalle des crises

on n'est généralement pas consulté car le malade conserve une lassitude passagère avec un endolorissement de l'abdomen plutôt que des douleurs plus ou moins vaguement localisées.

C'est avant la crise et principalement pendant la crise que l'on consulte.

Les douleurs accusées par le malade peuvent être rapportées par lui et parfois même par le médecin à l'estomac, et alors on est porté à croire à l'hyperchlorhydrie, aux troubles gastriques, etc... et ce n'est que par la localisation exacte de la douleur que l'on peut rejeter ces diagnostics. C'est surtout au moment des crises que le diagnostic est le plus délicat.

Quelquefois, surtout chez les enfants une maladie infectieuse quelconque peut, soit à son début, soit à un moment donné de son évolution s'accompagner de tous les phénomènes du spasme du Colon. (Guignon).

La crise hémorroïdaire, s'accompagne de phénomènes locaux qui ne sauraient laisser de doutes, cependant il faut songer à la fréquence de la co-existence des hémorroïdes même des polypes rectaux avec le spasme du colon.

Le diagnostic de l'étranglement intestinal est parfois assez délicat, d'autant plus que, souvent, la contraction spasmodique étant localisée à un segment du gros intestin, donne, aussi bien cliniquement qu'anatomo-pathologiquement tous les symptômes de l'étranglement.

Dans ces cas, il faut rechercher les antécédents personnels ; se rendre compte de la brusquerie, de l'intensité,

de la crise, de la présence de douleurs localisées surtout sur le trajet du colon, de l'absence ou du peu d'intensité du ballonnement, des caractères, des vomissements précédant la crise. De la fréquence moindre des mouvements péristaltiques, visibles à travers la paroi, de l'absence moins absolue des gaz et des matières, de la souplesse plus grande du ventre, tous ces symptômes pourrons nous faire rejeter le diagnostic si non d'étranglement passager (par spasme) du moins d'étranglement par toute autre cause.

Dans la colique néphrétique, en dehors de l'examen des urines on trouvera des irradiations nettes le long de l'uretère, des douleurs du cordon, de la rétraction du testicule, l'irradiation des douleurs pouvant aller vers les lombes et les cuisses.

Dans les crises douloureuses de ptose rénale, on pourra constater la présence de la tumeur formée par le déplacement rénal.

Les crises de coliques hépatiques, avec leur cortège symptomatique, ne pourra se confondre avec les crises de spasme du colon.

C'est avec l'appendicite qu'on a souvent confondu le spasme du colon (voir observations) ; mais, dans ces cas la douleur, du moins théoriquement, est plus nettement localisée au niveau du point de Mac Burney, il y a de l'hyperesthésie cutanée, de la défense de la paroi, de la submatité ou même une sensation de tumeur (gateau appendiculaire Dieulafoy) dans la fosse iliaque droite.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant à remarquer, c'est la fréquence relative des deux affections.

La question que l'on devrait se poser est :

« L'appendicite est-elle la cause ou le fait du spasme du colon ? »

La dysenterie vraie aiguë chronique, amibienne ou parasitaire, la diarrhée de Cochinchine ont un aspect clinique trop différent pour qu'on puisse les confondre.

L'entérite muco-membraneuse pourrait se confondre avec le spasme du colon, mais dans ce cas il faut tenir compte de la chronicité de cette affection de l'alternance continuelle de constipation et de débâcle, accompagnée d'une quantité de mucus, de douleurs diffuses dans tout le ventre, la fréquence de ces alternatives et l'absence de vraies crises douloureuses comme celles du spasme, pourrait nous faire penser à cet état pathologique.

Il faut dire en somme que bien des cas d'entérite muco-membraneuse à un certain moment de leur évolution ont à peu près tous les symptômes caractéristiques du spasme du colon et qu'inversement on est appelé à voir le malade après la débâcle qui suit la crise sans avoir assisté à la crise, les symptômes ultérieurs font penser au diagnostic d'entérite muco-membraneuse qui est beaucoup plus fréquente et plus commune que les spasmes du colon.

On pourrait à la rigueur avoir à penser aux péricolites qui ont été l'objet dans ces dernières années de communications importantes de la part de différents auteurs, ainsi Pothérat, Jackson, P. Duval, Ch. Mayo,

J.-Ch. Roux, Marcel Labbé, tous s'accordent à soutenir qu'au point de vue anatomo-pathologique, les péricolites muco-membraneuses se voient surtout au niveau du cœcum et du colon ascendant, et sont constituées par des membranes vascularisées semi-transparentes ; partant du péritoine pariétal et s'étendant en rayonnant sur le colon qu'elles fixent, brident et retrécissent. En amont du rétrécissement l'intestin se dilate ; quelquefois deux anses intestinales sont accolées en canon de fusil.

Mais, si ont fait attention aux symptômes, on verra que la différence pourra s'établir et que le diagnostic différentiel pourra être nettement posé.

En effet, dans ces cas, les douleurs sont permanentes, augmentées par les mouvements, par la pression et surtout par les repas, lorsque le retrécissement siège sur le colon ascendant, ce qu'on voit d'ailleurs le plus souvent, le cœcum est distendu par les matières et les gaz ; à son niveau on constate du ballonnement, du clapotage et parfois même une tumeur sensible à la palpation.

ÉVOLUTION

L'évolution de la maladie est lente, mais si elle a été diagnostiquée et traitée à temps la guérison peut survenir à la période de début.

Mais si la maladie n'est pas soignée, elle passe à la chronicité, d'abord les crises spasmodiques se répètent beaucoup plus souvent ensuite par le fait même de la stagnation des matières, de la constipation, fût-elle passagère, de la contracture spasmodique du gros intestin, ce dernier, ne tarde pas à s'irriter, d'où productions de petites lésions aussi bien que d'hypervascularisation fait essentiellement important pour l'apparition et le développement de l'infection secondaire.

L'infection du colon établie, elle ne tarde pas à se propager au fur et à mesure, c'est avec raison que Comby remarque dans son ouvrage que :

« L'appendicite des enfants, maladie essentiellement chronique, souvent méconnue, curable sans doute spontanément, dans beaucoup de cas, nous apparaît comme une résultante, une localisation spéciale des processus infectieux du tube digestif. »

Ce qu'il y a d'intéressant dans ces cas c'est la manière dont agirait l'infection colique sur l'apparition de l'appendicite.

Ce point a été repris dernièrement par Comby puis par Triboulet, Guinon, Broca et d'autres auteurs qui ont conclu :

Parmi les entérites de l'enfance, celles qui exposent le plus à l'appendicite ce sont l'entéro-colite et la colite muco-membraneuse, et cela se conçoit aisément, l'appendice n'étant qu'une annexe, qu'un prolongement du colon.

L'identité de structure explique aussi cette solidarité de l'appendice et du colon.

L'entéro-colite de l'enfance est, plus que celle de l'adulte, une affection aiguë portant sur l'appareil lymphoïde du gros intestin, d'où le nom d'entérite folliculaire.

Cette infection menace directement l'appareil folliculaire de l'appendice et c'est avec juste raison que Comby dit : « Colite folliculaire ; appendicite folliculaire ; ces deux termes, en médecine infantile tout au moins, sont quasi synonymes et ne représentent qu'une même maladie en deux localisations différentes.

Ce qu'il y a d'intéressant à constater c'est l'association ou plutôt la succession des phénomènes inflammatoires débutants par des végétations adénoïdes, rhynopharyngite, entérite, antéro-colite, appendicite.

D'après les divers travaux des différents auteurs, particulièrement Triboulet, Gallois, Delacour, Roux,

René Josserand, Broca, Comby nous serons conduits avec ces derniers à considérer que rhino-pharyngite, adénoïdite, entéro-colite, colite muco-membraneuse et appendicite peuvent être considérés dans beaucoup de cas comme des étapes successives de la même maladie infectieuse. L'infection d'ailleurs commençant par le rhino-pharynx passe dans l'intestin puis dans l'appendice.

En somme, si on se rapporte aux faits de la déglutition des crachats chez les enfants, on pourra bien se rendre compte que la déglutition des sécrétions purulentes et septiques élaborées par le tissu lymphoïde du pharynx entraîne à la longue la gastro-entérite, l'entéro-colite et enfin l'appendicite.

Par leur structure, les amygdales, aussi bien que l'appareil lymphoïde de l'intestin, du colon et de l'appendice se rapprochent assez pour pouvoir comprendre la localisation de l'infection dans ces différents barrages situés le long du tube digestif.

Enfin connaissant l'extrême gravité de l'appendicite chez les nourrissons, plus l'enfant est jeune, plus il a de chances de mourrir, d'autre part, la fréquence relative de cette complication au cours du spasme du colon on sera conduit à assombrir le pronostic qui sans cela serait d'une bénignité remarquable.

PRONOSTIC

Le pronostic immédiat est peu grave, les malades guérissent rapidement et facilement, mais les crises se répètent et constituent une véritable infirmité.

C'est généralement le fait des douleurs de la constipation qui agit sur les malades.

La constipation en général est bien tolérée et n'entraîne que rarement par elle-même des douleurs graves et menaçantes pour l'existence.

Indépendamment de la cause qui influe beaucoup sur le pronostic de la maladie, il faut aussi tenir compte de la durée de cette dernière.

Ce qu'il y a d'intéressant au point de vue du pronostic, c'est surtout les complications qui peuvent survenir dans le courant de l'évolution de la maladie.

De ces complications, les plus redoutables sont l'appendicite, l'occlusion permanente de l'intestin, même une atonie complète du gros intestin due à l'hyperexcitabilité et à la contraction exagérée pendant la crise.

Après avoir longtemps souffert de l'intestin, les en-

fants deviennent plus nerveux, asthéniques, allant quelquefois à la cachexie jusqu'à ce qu'un traitement convenable soit appliqué, après quoi on les voit alors reprendre leurs forces et leurs occupations.

Le pronostic des formes ordinaires de la colite spasmodique est plutôt bénin, cependant on ne doit pas, perdre de vue qu'il s'agit d'une affection, éminemment chronique, sujette à des exaspérations des plus pénibles pour les malades. Elle a un retentissement fâcheux sur la nutrition générale et sur les différentes névroses qu'elle provoque ou exagère, de la nécessité de la combattre par un traitement énergique et prolongé.

Les enfants atteints de cette affection sont de taille et de poids inférieurs à la moyenne et il n'est pas rare de trouver chez eux des stygmates de rachitisme.

La forme grave s'accompagne d'une cachexie prononcée pouvant rapidement arriver à l'hecticité.

TRAITEMENT

Par les moyens physiques surtout, nous devons nous proposer de diminuer et de régulariser les contractions intestinales.

Grâce à un régime alimentaire spécial nous pouvons modifier l'excitation de la muqueuse intestinale.

Nous pouvons modifier la contraction musculaire par le massage, l'hydrothérapie ou l'électrothérapie appliqués suivant une technique particulière.

Quant aux médicaments, ils nous seront d'un grand secours, mais à condition que leur emploi ne soit pas abusif. Certains d'entre eux, les purgatifs ne doivent être ordonnés que de temps en temps le plus rarement possible et seulement comme évacuants, leur usage journalier ne faisant qu'augmenter la constipation.

Dans des paragraphes différents nous étudierons ces divers moyens thérapeutiques.

Régime Alimentaire. — Le régime alimentaire doit faire la base de tout traitement rationnel de la constipation.

L'aliment est en effet le meilleur excitant de la contraction intestinale. Par un choix judicieux des substances alimentaires d'une part, par leur préparation culinaire d'autre part on peut soit augmenter, soit diminuer la contraction de l'intestin. Malheureusement il est impossible d'établir un régime unique qui puisse s'appliquer également bien à chaque constipé spasmodique, avant de fixer le régime il faut tenir compte de la digestion gastrique, de la valeur digestive des sécrétions hépatiques, pancréatiques et intestinales de façon à rejeter de l'alimentation toute substance qui du fait d'une digestion incomplète, de fermentation anormale deviendrait trop irritante pour la muqueuse intestinale. On doit aussi s'enquérir de l'idiosyncrasie de certains malades vis à vis de tels ou tels mets ou encore telle préparation culinaire, certains aliments étant bien supportés par certains malades et pas par d'autres.

Aliments. — Quelques aliments sont à rejeter parce que :

1° Leur masse résiduelle est trop considérable, tels sont la mie de pain, les crudités, les viandes imprégnées de graisse (viande de porc, poisson gras, etc), les crustacés, etc.

2° Leur digestion normale met en liberté des produits chimiques (glycérine, acides gras, etc.) dont l'absorption ou la seule présence à la surface de la muqueuse provoque des contractions violentes de la muqueuse tels sont les légumes riches en cellulose, graisse, etc...

3° Ils ont subi un commencement de putréfaction (viande fumée, faisandée, salée ; conserves alimentaires).

4° Ils contiennent des substances astringeantes (Tannin) comme les fruits verts, les légumes acides.

La préparation culinaire ne doit pas être tenue à l'écart tel genre de cuisson pouvant rendre un aliment indigeste alors que sous une autre forme ils seraient parfaitement tolérés ou réciproquement.

Il ne faut pas se montrer trop rigoureux et instituer un régime absolu, uniquement carné ou végétal ou encore hydrocarboné. Le mieux est de composer un régime mixte ou la viande, les hydrocarbures, les légumes entreront chacun pour un tiers.

On autorisera toutes les viandes de boucherie ou de basse-cour à condition qu'elles soient fraîches, grillées ou rôties, saignantes ou bien cuites mais non desséchées.

Certains poissons maigres, comme la sole, peuvent être autorisés.

Les légumes verts finement hachés, les farineux en purée, les pâtes alimentaires, les œufs et les laitages cuits, les fromages secs, enfin les confitures et les compotes sont également bons.

Boissons. — Les boissons doivent être assez abondantes sans excès, le régime sec constipe par la trop grande sécheresse des matières fécales. Les boissons chaudes paraissent préférables aux boissons glacées qui provoquent souvent des contractions violentes de l'intestin.

Les vins blancs, le cognac, même coupés d'eau sont trop excitants pour le système nerveux, les vins rouges trop riches en tanin. Le cidre, le poiré agissent comme excitant de la contraction intestinale On doit donc donner la préférence à l'eau de source bien aérée exempte de sels calcaires. On pourra de temps à temps autoriser une cure minérale légère (Pougnes, Evian, Vittel), ou encore la bière de table, légère, non alcoolisée, pure ou coupée d'eau.

Le thé fort, le café seront interdits, ils seront remplacés avec avantage par des tisanes chaudes (feuilles d'oranger, tilleul, camomille).

Bien entendu, une fois que le régime sera établi ; il faudra en surveiller les résultats non seulement au point de vue des fonctions intestinales, mais aussi au point de vue de la nutrition générale.

L'usage régulier de la balance est nécessaire.

Massage. — La massothérapie est mise en pratique avec succès dans l'entérospasme, les bons effets de cette méthode de traitement se font quelques fois sentir immédiatement, sous la main de l'opérateur, aussi peut-on y avoir recours pendant les crises d'entéralgie que présentent de temps en temps les constipés spasmodiques.

La seule véritable contre-indication du massage est l'état inflammatoire aigu d'une partie de ses segments ou d'un organe avoisinant. Il est en effet impossible de limiter exactement l'effet du massage à un point donné.

L'appendicite avec toutes ses formes en exige l'abstention rigoureuse, il en est de même de la typhlites, de la sigmoïdite, des annexites et des péritonites localisées aigues ou subaigues.

Hydrothérapie. — L'usage de l'hydrothérapie est justifié par les effets sédatifs généraux ou locaux produits suivant l'application de la méthode. En outre on peut avoir recours aux effets calmants de certaines eaux thermales.

Dans les cas de constipation spasmodique, le traitement ne doit pas seulement s'appliquer à l'intestin, il doit aussi répondre aux indications fournies par l'état général.

C'est-à-dire que Plombières recevra les nerveux hyperesthéniques constipés. Les différentes méthodes : hydrothérapie locale ou générale employées dans cette station amènent rapidement la sédation de l'éréthisme nerveux et la disparition du spasme intestinal.

Il ne faut pas négliger l'application de compresses ou de cataplasmes très chauds sur le ventre.

Rappelons enfin le lavement tiède du coton qui agit directement sur l'intestin.

Électrothérapie. — Depuis quelques années, l'électrothérapie a été employée avec succès contre la constipation spasmodique.

Toutes les méthodes électro-thérapiques ont pour base commune le courant continu ; mais comme l'entérocolite est toujours caractérisée par du spasme et de la

douleur, il faudra se méfier des secousses brusques de courant qui risqueraient d'exagérer le spasme ; d'autre part, il y a lieu d'employer de hautes doses de courant galvanique comme on a continué de le faire dans les grandes névralgies. En même temps que le spasme et la douleur cèderont, la sécrétion biliaire deviendra plus abondante et très vraisemblablement les autres sécrétions augmentées, d'où la disparition des divers phénomènes symptomatiques qui caractérisent l'entéro-colite.

Médicaments. — On ne doit employer que rarement les médicaments dans la constipation spasmodique et seulement à titre de palliatif. Si l'on administre un calmant, il faut choisir la belladone seule ou associée à l'opium. Pendant la crise, comme le dit notre maître M. le Professeur Hutinel, le malade sera tenu à la diète, il ne prendra qu'un peu d'eau de Vichy où des boissons chaudes ; dès qu'on pourra, on lui administrera de légers laxatifs, de l'huile de ricin à faible dose ou du sulfate de soude.

La crise passée, on cherchera à en éviter le retour en surveillant les évacuations ; les laxatifs mécaniques à base d'Agar, les lavaments d'huile d'olive ou de vaseline additionnées de paraffine, la solution alcaline de Bourget, l'eau de Carlsbad ou de Châtel-Guyon, de petites doses d'huile de ricin, trouveront ici leur indication. On surveillera le régime qui sera surtout féculent.

Grâce à ces soins, les crises s'éloigneront peu à peu, mais il ne faudra pas s'étonner de les voir reparaître de loin en loin.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

C'est M. Labey, qui, en 1902, étudia dans sa thèse, d'une façon assez précise les modes de traitement des différentes colites, puis second au Congrès international de chirurgie de Bruxelles en 1911.

La première intervention revient au professeur Folles, de Lille, qui pratiqua un anus cœcal dans un cas de colite dysenteriforme.

En 1887, Novero, en Italie, eut un succès dans un cas analogue, enfin cette opération a été effectuée successivement par différents chirurgiens dans presque tous les pays.

Dans tous ces cas on cherchait à réaliser deux choses :

1° Mettre le colon au repos en empêchant le séjour dans sa cavité des substances susceptibles d'être le point de départ de putréfactions et de devenir un milieu de culture pour les anaérobies.

2° Faire des lavages modificateurs du haut en bas. Il y a toujours des difficultés assez grandes ; quand on fait des injections par le rectum, pour atteindre. On va

à l'encontre du cours normal des matières ce que Guinard faisait justement remarquer.

De sorte que pour isoler le colon on a pratiqué des bouches situées à différents points. (Colostomie).

L'infirmité la moins possible est la bouche située aussi bas que possible sur le colon descendant, car les matières sont dans ce segment de plus en plus épaissies.

On a eu l'idée de faire de l'Iléosigmoïdostomie, c'est-à-dire le détournement des matières de l'intestin grêle dans l'anse sygnoïde en excluant du trajet tout le colon. Cette opération est d'une plus grande gravité que la colostomie, et de plus, il se produit souvent un reflux des matières vers la partie supérieure du colon et vers le cœcum. ce qui a amené Lane à faire la résection totale du colon. Dans ce cas, il s'agit de traumatismes opératoires assez graves. L'opération qui doit être préférée est, lorsqu'elle peut suffire : L'appendicostomie.

Elle fut réalisée la première fois par Weir, en Amérique, en 1912, puis pratiquée par Katley en Angleterre, maintenant elle se pratique avec des résultats satisfaisants qui firent dire à M. Mathieu : « Cette opération si simple constitue un progrès considérable pour le traitement chirurgical des colites, et il semble bien qu'à l'avenir elle pourra être employée beaucoup plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.»

Mais est-elle à admettre, cette opération si simple soit-elle et sans aucun risque pour le malade, dans les cas de spasmes du Colon ? ou plutôt, avons-nous le droit d'insister auprès d'un malade atteint de spasmes du colon pour lui faire accepter cette opération ?

CONCLUSION

I. — Sous le nom de Colite spasmodique on décrit actuellement une forme de colite chronique caractérisée par de la constipation avec débâcles diarrhéiques, par des phénomènes douloureux spasmodiques et par la présence dans les selles de mucosités à l'état amorphe ou concret sous forme de peaux, de fausses membranes quelquefois striées de sang.

II. — Parmi les nombreuses causes incriminées dans l'étiologie et la pathogénie de ce complexus symptomatique, il n'en est que deux qui paraissent constantes : le terrain neuro-arthritique d'une part, la constipation permanente d'autre part.

III.— Toute constipation spasmodique quelle que soit sa cause peut se compliquer à un moment donné soit d'une façon permanente, soit sous forme de crises avec rejet de fausses membranes et de mucus dans les selles.

IV. — Au cours des colites spasmodiques on peut

rencontrer soit à titre de complication, soit à titre de cause occasionnelle ou de simple association morbide, des affections diverses : les différentes ptoses, cystite colibacillaires, lithiase intestinale, différentes dermatoses à type prurigineux, diverses manifestations de la diathèse arthritique d'entéro-colite sableuse et enfin l'appendicite surtout sous ses formes chroniques et à répétition.

V. — Les lésions intestinales sont encore peu connues ; on s'accorde généralement à les considérer comme légères.

VI. — Les coliques spasmodiques peuvent se rencontrer à toutes les périodes de l'enfance, mais c'est surtout chez les sujets déjà grands, entre 4 et 15 ans, qu'il se dessinent nettement. Le sexe ne semble avoir aucune influence sur leur apparition.

Dans les observations ci-dessus, les enfants étaient tous des nerveux, issus de parents arthritiques, névropathes et même pour la plupart diabétiques.

L'alimentation avait souvent été défectueuse dans les premières années, presque tous avaient présenté, à une époque plus ou moins lointaine, des troubles digestifs assez graves, particulièrement des colites à rechutes.

VII. — Le pronostic est en général bénin, malgré les douleurs et les manifestations sur la nutrition générale qui entraîne cette affection.

VIII. — Le traitement, surtout dirigé contre la constipation, sera médicamenteux et diabétique ; on laissera de côté les purgatifs salins, les drastiques, pour employer les purgatifs huileux et les purgatifs doux.

Les antispasmodiques trouvent leur emploi dans les douleurs, l'électricité, le massage abdominal trouveront leur emploi dans certains cas.

Vu : le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD.

OBSERVATIONS

Observations de M. le Professeur Hutinel

OBSERVATION I

La semaine dernière on m'amenait un enfant de 6 ans, d'assez bonne apparence, parce que depuis plus d'un an, il présentait tous les quinze ou vingt jours, des crises douloureuses dans le flanc gauche. Les crises avaient été soignées sans succès par plusieurs médecins.

La mère était nettement arthritique et nerveuse, le père rhumatisant ; un des grand-pères avait été diabétique. Pas de tare tuberculeuse chez les ascendants, l'hérédité était donc nettement arthritique et nerveuse.

L'enfant était né à terme, dans d'assez bonnes conditions ; il avait été allaité par sa mère pendant trois mois, puis nourri au biberon. De bonne heure, il avait été constipé, et pendant plusieurs années il avait présenté des crises d'entéro-colite avec selles glaireuses et même une légère augmentation du volume du foie.

Après sa troisième année il avait été amélioré ou en avait profité pour abandonner le régime suivi jusque là. Les digestions n'étaient cependant pas parfaites ; l'haleine était souvent aigre-

lette, la langue chargée et les selles putrides. Ces symptômes apparaissaient surtout à la veille des crises ; alors l'enfant perdait l'appétit, il avait des nausées et, après un effort pour aller à la selle il était pris d'une douleur vive dans le flanc gauche le long du colon descendant.

Le ventre, qui avait été d'abord un peu ballonné, se rétractait et la douleur devenait intolérable. Ne s'agissait-il pas d'une torsion de l'appendice ou d'une déviation de l'appendice malade vers la fosse iliaque gauche ? On l'avait supposé plusieurs fois.

La crise se reproduisait tous les quinze ou vingt jours ; sa réapparition était occasionnée par une rétention des matières, par une erreur de régime ou un refroidissement ; elle durait de 36 à 48 heures et cessait brusquement. Elle se terminait par l'expulsion de matières d'abord dures, puis molles, mélangées ou enrobées de mucosités.

L'appétit revenait immédiatement et l'enfant, qui avait maigri notablement, ne tardait pas à retrouver son poids antérieur. Il reprenait l'apparence de la santé, jusqu'au retour d'une nouvelle crise.

Le jeune malade n'avait pas mauvais aspect : les poumons et le cœur étaient sains ; aucun signe n'indiquait la présence d'une adénopathie médiastine. Le foie était très légèrement augmenté de volume, pas d'albumine dans l'urine. Le colon descendant et et l'S iliaque nettement contracturés, roulaient sous le doigt comme un tube de caoutchouc ; cette corde colique, très sensible au moment des crises, l'était peu au moment de notre examen. Le cœcum était distendu ; mais il n'existait aucune douleur au niveau de l'appendice.

L'estomac semblait un peu abaissé et clapotant.

OBSERVATION II

A la fin de Septembre 1913 on me présenta un jeune Egyptien de 12 ans, petit brun à l'œil vif, nerveux et impressionnable qui, depuis plusieurs années souffrait périodiquement de crises abdominales extrêmement pénibles dont la nature n'avait pas été nettement préciser, on l'avait amené en France pour un diagnostic.

Né de parents dyspeptiques et quelque peu névropathes, cet enfant avait toujours digéré assez mal et avait eu dans sa petite enfance une colite à rechutes qui avait duré assez longtemps. Toutes les cinq ou six semaines après un malaise caractérisé par une diminution de l'appétit, une certaine fétidité de l'haleine et des selles putrides, il est pris tout à coup de douleurs violentes dans le flanc gauche. C'est souvent au moment où le malade se met au lit que la crise éclate ; alors on le voit angoissé, les traits tirés, les extrémités froides, le ventre rétracté et parfois on note une certaine réaction fébrile.

Les souffrances sont à leur paroxysme pendant quelques heures ; elles siègent manifestement sur le trajet du colon descendant. On s'est demandé d'abord si le rein n'était pas en cause ; mais les urines n'ont jamais été sanglantes et on n'a découvert aucun signe de lithiase urinaire ; il ne s'agit pas davantage d'une affection parasitaire. C'est bien le gros intestin qui est le siège de la douleur, car la crise se termine toujours par une évacuation assez abondante de sang et de glaires. On a songé naturellement à la présence de polypes dans le rectum, à une invagination, à une ulcération ; mais ces hypothèses sont difficiles à soutenir ; après quelques heures, les douleurs cessent et, l'orage passé, il n'en reste d'autres traces qu'un peu de fatigue et de pâleur. Le toucher et l'examen rectoscopique ont d'ailleurs été pratiqués et n'ont rien fait découvrir.

Le foie est à peine augmenté de volume, l'urine, riche en indican ne contient pas d'albumine ; les poumons et le cœur sont indemnes ; pas de ganglions suspects. Le colon descendant est fortement contracturé et forme corde, le cœcum est distendu l'appendice n'est nullement douloureux.

Quelques jours après je revis l'enfant, il n'avait pas traversé de nouvelles crises, et je pus me convaincre qu'il n'avait aucune lésion grrve de l'intestin ; il s'agissait d'un spasme douloureux du Côlon, avec évacuations sanglantes et glaireuses.

OBSERVATION III

Quelques jours plus tard un confrère m'amenait un jeune Levantin d'une dizaine d'années, chez qui des accidents pareils s'étaient produits périodiquement depuis plus d'un an. Dans ce cas, comme dans les précédents, l'enfant né de parents nerveux et arthritiques avait d'abord souffert pendant assez longtemps d'une colite avec selles glaireuses ; puis, après une phase d'amélioration, il avait éprouvé des douleurs paroxystiques sur le trajet du colon descendant, survenant sous forme de crises, durant 24 à 36 heures et se terminant par l'expulsion de glaires non teintes de sang. Le Côlon descendant était nettement contracturé ; mais en explorant la fosse iliaque droite, je constatai au point de Mac Burney une douleur fixe assez nette pour éveiller l'idée d'une appendicite chronique.

OBSERVATION IV

J'ai eu récemment l'occasion de voir une fillette de 12 ans, que mon ami M. Nobécourt suit depuis plusieurs années. En

décembre 1908, elle avait 7 ans ; elle venait de perdre son père, enlevé par une tuberculose pulmonaire ; sa mère nerveuse et impressionnable, pleurant pour un rien avait eu autrefois la chorée et présentait encore des tics.

L'enfant était pâle, lymphatique : elle toussait fréquemment, respirait mal par le nez, avait des coryzas fréquents et le faciès adénoïdien.

On pouvait même se demander s'il n'existait pas de ganglions suspects à la racine de la bronche droite. De plus la constipation était habituelle et la malade venait d'avoir une entérite muco-membraneuse.

Quelques semaines après sous l'influence du traitement et du régime prescrits une amélioration sensible s'était produite, la respiration était à peu près normale, les selles plus régulières, la paleur moindre et l'état général plus satisfaisant.

Trois ans se passèrent sans accidents sérieux. En février 1912, l'enfant dût recevoir une injection préventive de sérum antidyphtérique, son frère étant atteint de dyphtérie grave ; il s'ensuivit une terrible poussée d'urticaire.

En novembre 1913, à l'occasion d'une angine blanche, nouvelle injection de sérum antitoxique suivie d'une nouvelle poussée d'urticaire. Cependant l'enfant grandissait et se développait elle restait un peu pâle, sujette aux coryzas et aux angines, habituellement constipée et rendant péniblement des selles très fétides.

Depuis plusieurs mois elle a commencé à se plaindre, à des intervalles presque réguliers, de fortes douleurs dans l'hypocondre gauche.

Depuis quelques semaines, ces souffrances semblent plus vives et reviennent tous les quinze jours. Elles sont précédées de troubles digestifs : haleine mauvaise, langue saburrale, inappétence, selles plus fétides et parfois elles s'accompagnent de nausées ou même de vomissements.

La constipation n'est pourtant pas absolue : chaque jour il y

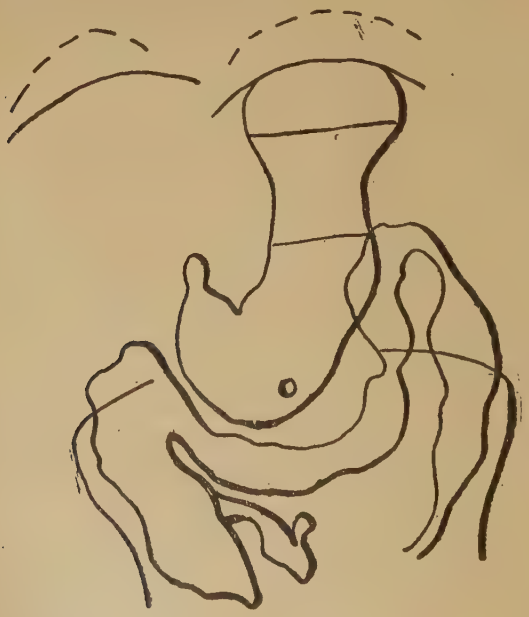
a une selle, mais les évacuations sont manifestement insuffisantes ; les matières sont fermes, petite, comme étirées à la filière, et, quand la crise se termine, elles deviennent plus molles. Elles contiennent peu de glaires et ne sont jamais sanglantes ; on ne peut donc pas dire qu'il existe une véritable colite.

Avant la crise, le ventre est légèrement météorisé ; au fort de la douleur, il est plutôt rétracté. Le colon iliaque donne alors la sensation d'un tube en caoutchouc et le palper est très douloureux.

A l'union du colon transverse et du colon descendant on trouve un autre foyer douloureux et, au-dessous, du gargouillement. Le cœcum est distendu et gargouillant lui aussi, mais il n'est pas douloureux et l'appendice a toujours paru indemne.

L'estomac est abaissé, clapotant, le foie peu augmenté de volume.

Dans l'intervalle des crises, le côlon descendant et l'S iliaque restent contractés. Voici l'aspect que présentent les orthodiagrammes pris par M. Barret dans la position verticale et dans le décubitus dorsal (Fig. 1 et fig. 2)



Le premier examen a été pratiqué le 23 décembre dernier, à 5 heures du soir. Trois doses d'oxyde de bismuth avaient été ingérées auparavant : la première vingt heures, la dernière six heures avant l'examen.

L'estomac contient, cinq heures après le repas, une notable quantité de liquide et un faible résidu de la dernière dose de bismuth. On voit également le bismuth dans les dernières anses de l'iléon. La traversée digestive a donc été lente et a subi un premier retard au niveau du pylore.

Après l'ingestion du lait de bismuth, on note d'ailleurs une évacuation pylorique à début tardif, s'effectuant par intermittences très espacées, séparées par des phases prolongées d'occlusion spasmodique du pylore. Celui-ci paraît d'ailleurs librement perméable et se laisse facilement franchir pendant les phases d'évacuation. L'estomac est de dimensions un peu exagérées, avec abaissement du bas-fond, sans dilatation atonique véritable. Péristaltisme peu actif : ondes contractiles de faible amplitude se propageant lentement.

La traversée colique a subi un retard marqué. Après an intervalle de vingt heures environ, la masse bismuthée se trouve

accumulée dans le cœcum, et dans les deux premiers tiers du colon transverse, le dernier tiers du transverse, l'angle splénique et le colon descendant n'en renfermant pas trace.

Le deuxième examen est pratiqué le 24 décembre, à 5 heures, c'est-à-dire 24 heures après. Le colon est rempli en totalité jusqu'à l'ampoule rectale incluse.

Une partie du bismuth a déjà été évacuée par les selles. On observe au voisinage de l'angle splénique, à la partie terminale du colon tranverse et au début du colon descendant, une série d'étranglements spasmodiques, très serrés, dont l'aspect et le siège se modifient sous l'influence de la palpation. Même constatation au niveau de l'S iliaque. La palpation est douloureuse dans toute cette région mais la sensibilité est plus marquée dans les points où se manifeste le spasme. J'ai reproduit intégralement la note remise par M. Barret ; elle ne laisse aucun doute sur l'existence ni sur le siège du spasme.

Le 7 janvier dernier, à la suite d'une crise plus douloureuse, j'ai examiné la malade avec M. Nobécourt. J'ai constaté, comme lui, une contraction spasmodique du colon descendant et l'S iliaque, un second foyer de contracture douloureuse au niveau de l'angle splénique le cœcum était distendu et absolument indolore.

Je n'insiste pas sur le traitement qui a été prescrit et dont nous avons tracé antérieurement les indications ; aujourd'hui l'enfant semble améliorée ; elle a des selles copieuses, molles et régulières et déclare ne plus souffrir. Il est certains cependant que les crises rérpparaîtront.

OBSERVATION V

X... est maintenant un grand garçon, il a plus de vingt ans. Il est né avant terme, dans des conditions défectueuses sa mère ayant eu de l'albumine dans les derniers mois de sa grossesse.

Il a été nourri au sein pendant treize mois, mais il s'alimentait difficilement. Jusqu'à trois ans il était pâle et sans appétit ; à partir de cette époque il se développa normalement. Sa santé, fut toujours assez bonne, mais il conserva une tendance assez marquée à la constipation. Au cours d'une rougeole, il fut atteint d'un catarrhe suffocant avec hyperthermie qui lui laissa une certaine susceptibilité des voies respiratoires.

Depuis sa petite enfance il présente de loin en loin des spasmes coliques très douloureux qui surviennent presque toujours de la même façon. D'abord l'appétit diminue, la bouche devient pâteuse la langue saburrale et les selles putrides. Le ventre commence à se météoriser légèrement : puis à l'occasion d'un effort de défécation la douleur apparaît. Elle occupe bientôt tout le flanc gauche, en arrière comme en avant et s'accompagne d'un malaise extrêmement pénible. Les extrémités se refroidissent, les traits se tirent il y a des nausées, parfois même des tendances à la syncope. Des applications très chaudes sur l'abdomen et de petits lavements chauds calment assez vite la crise qui reste souvent plusieurs mois sans se reproduire

Jamais l'appendice n'a été douloureux ; l'exploration de l'abdomen ne révèle qu'une contracture du colon iliaque et pelvien. La crise se termine par une véritable débâcle stercorale avec quelques glaires.

OBSERVATION VI

D. T... a été examinée le 20 octobre 1915. C'est une fillette de 4 ans. La mère est âgée de 30 ans ; elle a bonne apparence. A 13 ans, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu sans fièvre.

De 13 à 18 ans elle a eu, chaque hiver, les articulations tuméfiées pendant quelques semaines. A 18 ans, elle a fait une cure

à Aix. Les douleurs ne sont revenues qu'à 26 ans, moins fortes qu'autrefois : elles reparaissent encore tous les hivers. Pas d'endocardite.

Cette dame est obèse, elle a presque doublé de poids depuis la naissance de sa fille.

Le père est nerveux, inquiet, maniaque, le grand-père maternel très rhumatisant ; le grand-père paternel, extrêmement nerveux, est mort d'une affection de l'estomac.

La grossesse a été bonne, mais la mère éprouvait une tendance constante au sommeil et ne restait éveillée que cinq ou six heures par jour.

L'accouchement a eu lieu à terme et sans accident.

L'enfant a été nourrie au sein par sa mère, aidée chaque jour d'un biberon de lait de vache, jusqu'à 7 mois. Un moment elle refusa le sein et on la nourrit jusqu'à 18 mois avec du lait stérilisé. Pas de potages : un jaune d'œuf chaque jour à partir de 14 mois.

A 15 jours, l'enfant avait vomi une masse de glaires qui avait failli l'étouffer. A 10 mois elle présenta, pour la première fois, une crise d'entéro-colite avec température élevée, vomissements et constipation qui dura quinze jours. A partir de ce moment, elle resta constipée, n'eut plus, pendant huit mois, ni vomissements, ni fièvre, mais s'alimenta très mal et n'augmenta pas de poids. On prescrivit des lavages d'intestin qui ramenèrent des glaires et des membranes en abondance.

Depuis juin 1902, l'enfant eut, toutes les trois semaines, des crises de vomissements durant quelques jours et non accompagnées de fièvre.

On la purgeait chaque fois avec du calomel et l'intestin évacuait immédiatement des quantités de glaires translucides, formant une sorte de gelée qui pouvait remplir trois verres de table.

Dans l'intervalle des crises, l'enfant se portait bien, mais elle

restait constipée et mangeait peu. Depuis 1904, l'appétit est revenu et la constipation a cessé dans l'intervalle des crises ; les selles sont normales et ne renferment des glaires que pendant les accès.

Ceux-ci débutent par une décoloration des matières, par des cris pendant le sommeil et une inappétence complète. L'enfant ferme les yeux comme si elle craignait la lumière. Ces prodromes durent 24 heures. Le lendemain la température s'élève à 40° et même davantage. On donne 0 gr. 30 cent. de calomel, le malade évacue des glaires et la crise est jugée. Si l'on ne donne pas de calomel, la fièvre dure plusieurs jours ; si une première dose ne suffit pas, la crise continue jusqu'à l'expulsion complète des glaires, alors la guérison est immédiate.

OBSERVATION VII

La malade est une demoiselle de 40 ans, extrêmement nerveuse. Elle est fille d'une mère et d'un père goutteux. Depuis son enfance elle est sujette à des douleurs abdominales considérées comme des coliques hépatiques frustes ; à vrai dire elle est cholémique.

Elle a présenté souvent des crises de bronchite spasmodique ; on lui a enlevé des polypes muqueux des fosses nasales et elle en a encore. Il semble que la présence de ces polypes contribue à faire reparaître les crises d'oppression et les crises intestinales.

Il existe à droite une néphroptose très marquée ; on constate également une entéroptose énorme et un abaissement avec dilatation de l'estomac.

Les matières semblent buter contre l'angle splénique du colon, très aigu sur les radiographies. En cet endroit, il se fait une

stase des matières et, quand cette stase est assez considérable, il se produit, par une sorte de déclanchement, une crise aiguë, une douleur suraiguë dans l'hypocondre gauche, des troubles cardio-vasculaires, tendance à la syncope, étouffements, dyspnée et véritable crise d'asthme.

Quelques heures après, des évacuations alvines abondantes mettent fin à la crise.

La fréquence et l'intensité des crises ont diminué à la suite de l'ablation de quelques polypes muqueux de la pituitaire ; l'amélioration a été augmentée par l'application stricte du régime féculent et l'usage de l'eupuine Vernade.

OBSERVATION VIII

Un enfant de 10 ans présente depuis plusieurs mois des crises douloureuses à répétition. Ces douleurs siègent dans la fosse iliaque gauche ; elles sont extrêmement violentes et durent deux ou trois jours. On pense à une imagination intermittente ou à des crises de torsion appendiculaire.

L'appendice étant sensible, on opère au commencement d'avril 1913 au moment d'une crise plus douloureuse que les autres.

L'appendice est peu déformé, il est atteint de folliculite hémorragique et son méso est très long.

Tout le gros intestin, à partir du colon ascendant, est très contracté et n'est pas plus gros que le doigt.

Après l'opération, l'enfant eut sept mois de bien-être parfait. Au commencement d'octobre, il refit une crise, du même genre que les anciennes, mais très atténuée.

Depuis trois mois pas de nouveaux accidents.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson. — Colitis in Infanen and Childhood Jour. America and Assoc. 12 Oct. 1898.

Barther et Lanné. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.

Barrier. — Traité pratique des maladies de l'enfance, 3e édition 1862. t. II. p. 36.

Beurnier. — Entérocolite muco-membraneuse (Presse médicale 1898. a. 136).

Beurnier. — Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie « Journal des pratriciens, 1900 ».

Boas et Mathieu. — Colite muco-membraneuse (Presse médicale, 1900 p. 83.

Boas. — Colite muco-membraneuse (Deutsche Med. W. 1900)

Brouardel et Gilbert. — Iléus spasmodique. Traité de médecine.

Brun. — Traité des maladies de l'enfance.

Combe. — Traité de l'entérite muco-membraneuse 1906.

Comby. — Entérite muco-membraneuse chez les enfants (Soc. Med. des Hôp. 12 mai 1896). — Traité des maladies de l'enfance, t. II. — Archives de Méd. des enfants, 1907, p. 298.

Froussard, — Traité de la constipation. — Entéro-colite muco-membraneuse (Th. de Paris, 1899).

Desprat. — Journal de physiothérapie, 1911, p. 252.

Dieulafoy. — Entero-colite et appendicite (Bull. Soc. Méd. n° 14, 15, 16, 1897).

Gaillard. — Erythème inf. compliquant une colite (Bull. Soc. méd. des Hôpitaux, Séance du 5 mars 1897, p. 550).

Gendrin, — Traité phylo. de Méd. prat. 1841 t. III. p. 22.

Cordon (Mlle). — Appendicite chez l'enfant (Th. de Paris 1896).

Glenard. — Appendicite de l'entéro-colite (Bull. Acad. Méd. 1897).

Guinon. — Formes de la colite chez l'enfant.

Giffard. — De l'entéro-colite muco-membraneuse (Th. de Paris 1902).

Glenard. — De l'entéroptose (Soc. Méd. des Hôp. 1886).

Hutinel. — Traité des Maladies de l'enfant. Presse Méd. 7 février 1914. — Cystite coli-bacillaire chez les enfants (Presse Méd. 8 novembre 1896). — Entéro-colite aiguë (Sem. Méd. 1899). — Clinique des Maladies infantiles (Journ. de Méd. Int. 15 oct. 1903).

Hutinel et Nobécourt. — Des colites aiguës chez

les enfants (Archivico de Médec. des Enf. 1913).

Laugenhagen. — Semaine Méd. 1898.

Isaac. — Colite muco-membraneuse (Th. de Paris).

Lesage. — Le spasme intestinal chez le nourrisson.

Marfan. — Gastro-entérite des nourrissons (rev. mens. des mal. de l'enfance, août 1899). — De la constipation des nourrissons (rev. mens. des mal. de l'enf., avril 1898). — Les vomissements avec acétonémie chez les enfants. (Arch. de méd. des enf., 1901). Soc. mé. des hôpitaux, séance du 12 mars 1897.

Mathieu. — Traité de l'entéro-colite muco-membraneux (Gaz. des hôp. 27 oct. 1894). — Deux cas de sable intestinal avec entérite muco-membraneux (Soc. méd. des hôpitaux, 22 mai 1896). — Bull. soc. méd. des hôpitaux, séance du 22 mai 1896. — Gaz. des hôp. 1913.

Mathieu et Roux. — Abus du lavage de l'intestin (Gaz. des hôp. 1903).

Martin. — Colite muco-membraneuse ; Pathogénie et traitement (Presse Médicale, 1898).

Mercier. — Colite chronique (Thèse de Paris).

Millon. — Journal de Physiothérapie, 1911, page 252.

Potain. — Matière Mucino-gélatineuse expulsée par l'intestin pendant sa défécation. (Bull. Soc. Anat. 1887. — De la Colite chronique (Sem. Méd. 1887)

Robin. — Mucus concrêt de l'intestin (Traité des Humeurs, 1874).

Reclus. — Entéro-colite (Bull. Ac. Méd., 5 janv. 1895).

Richardson. — Entérite muco-membraneuse. (Mémoires Méd., 5 janvier 1895).

Romme. — La cystite colibacillaire chez les enfants. (Trib. Méd., 9 décemb. 1896).

G. Sée. — Des dyspepsies gastro-intestinales, (Paris, 1881). — Communication à l'Académie de Médecine, 1881. — De l'entérite muco-membraneuse et de son traitement. (Bull. Méd., 1893).

Siredey. — Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin (Soc. Méd. des Hôpitaux, 1866).

Volleix. — Clinique des mal. des enfants, 1838, p. 276.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.